VERSORGUNGSEINRICHTUNG
der Bezirksärztekammer Trier
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Schönbornstraße 10, 54295 Trier
Telefon 0651 - 170886-0 Fax 0651 - 170886-66
info@ve-trier.de

Name, Vorname:

Adresse:

Mitgliedsnummer:

Name der Bank: _____

IBAN: _____
(Bitte beachten Sie, dass die IBAN immer aus 22 Zeichen besteht!)

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift